




Ogółem w miesiącu wypracowano godzin:

- w dni powszednie: .....
- w dni wolne od pracy, niedziele i święta: .....

.....  
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

.....  
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych  
(podpis Zastępcy Dyrektora ds Medycznych)